

※コピーしてお使いください。

年 月 日

一般財団法人福島市中小企業福祉サービスセンター 理事長

インフルエンザ予防接種助成金申請取りまとめ書

事業所番号

--	--	--	--

事業所名

--

担当者

--

連絡先

-	-
---	---

接 種 会 員 数	名
合 計 申 請 金 額	円

インフルエンザ予防接種助成金振込先

振込口座 ※事業所の会費引落口座をご記入ください。

金融機関名									
銀行・金庫・農協 信組・()					本店・支店				
種目	口座番号(右詰)							口座名義	
普通・当座								フリガナ	

※事業所が申請書類等（取りまとめ書・インフルエンザ予防接種助成金申請書(P71)・領収書等の添付書類）を
まとめてから、1月末までに一括でご提出ください。

※同一事業所による複数回の申請は、受付できません。

申請は、えふ・サポート窓口に直接または郵送で